№ 8. WARSZAWA, SIERPIEŃ 1934 ROK VI

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. med. N. SZYK (Warszawa).

NIEMIAROWOŚĆ SERCA A SCHORZENIA TARCZYCY.

Niemiarowość w przebiegu schorzeń tarczycy jest wywołana przez nadmierną czynność tego gruczołu (hyperthyreodismus). Zwiększona ilość wydzieliny pociąga za sobą samozatrucie ustroju, które objawia się zakłóceniem sprawności układu krążenia. Rodzaj powyższego zakłócenia sprawności układu krążenia jest do pewnego stopnia zależny od postaci schorzenia tarczycy. Podział schorzeń tarczycy jest sprawą bardzo złożoną, dlatego też ograniczymy się jedynie do podania zasadniczych postaci. Pomijamy sprawy chorobowe, przebiegające ze zmniejszoną czynnością tarczycy (hypothyreodismus), gdyż niemiarowość bardzo rzadko tym sprawom towarzyszy.

Klasycznem schorzeniem w następstwie wzmożonej czynności tarczycy jest choroba Basedow'a. Całkowity zespół objawów choroby Basedow'a polega na przyśpieszeniu tętna, wytrzeszczu, wystąpieniu powiększania tarczycy (wole), wzmożeniu przemiany materji i zwiększonej pobudliwości układu wegetatywnego i mózgowordzeniowego. W związku z wytrzeszczem i nadmiernem rozszerzeniem szpary ocznej występują objawy Stellwag'a, Graefe'go i Möbius'a. Objaw Stellwag'a polega na tem, iż chory zamyka powieki w nadmiernie długich odstępach czasu. Objaw Graefe'go można wywołać, jeżeli kazać choremu patrzeć na przedmiot z początku do góry, zaś później ku dołowi. Podczas patrzenia chorego ku dołowi powieka górna nie podąża za górną krawędzią tęczówki, wskutek czego pozostaje rąbek białkówki nad tęczówką. Objaw Möbius'a spostrzegamy, gdy każemy choremu patrzeć na przedmiot, blisko umieszczony oczu. Chory wówczas ma wykonać daleko posunięty ruch zbieżny gałek

ocznych. Jeżeli objaw Möbius'a jest dodatni, wówczas widzimy, iż jedno oko odchyla się nazewnątrz. Objaw Möbius'a inaczej nazywany objawem niedostatecznej zbieżności. Z powyższych 3-ch objawów objaw Graefe'go jest o tyle ważny, iż często może być jedynym wczesnym objawem choroby Basedow'a. Doniosłe znaczenie ma wzmożenie przemiany podstawowej, które dochodzi niekiedy do 60%. Przyczyną owego wzmożenia przemiany podstawowej są wzmożenie procesów spalania i zwiększony rozpad białka i tłuszczów. Do znamiennych objawów należą nadto drżenie rozsuniętych palców, gdy chory wyciąga kończyny górne. Drżenie palców może być zwiastunem choroby Basedow'a. Wreszcie należy wymienić niepokój ruchowy, bezsenność, bóle głowy, pocenie się, biegunki i gorączka.

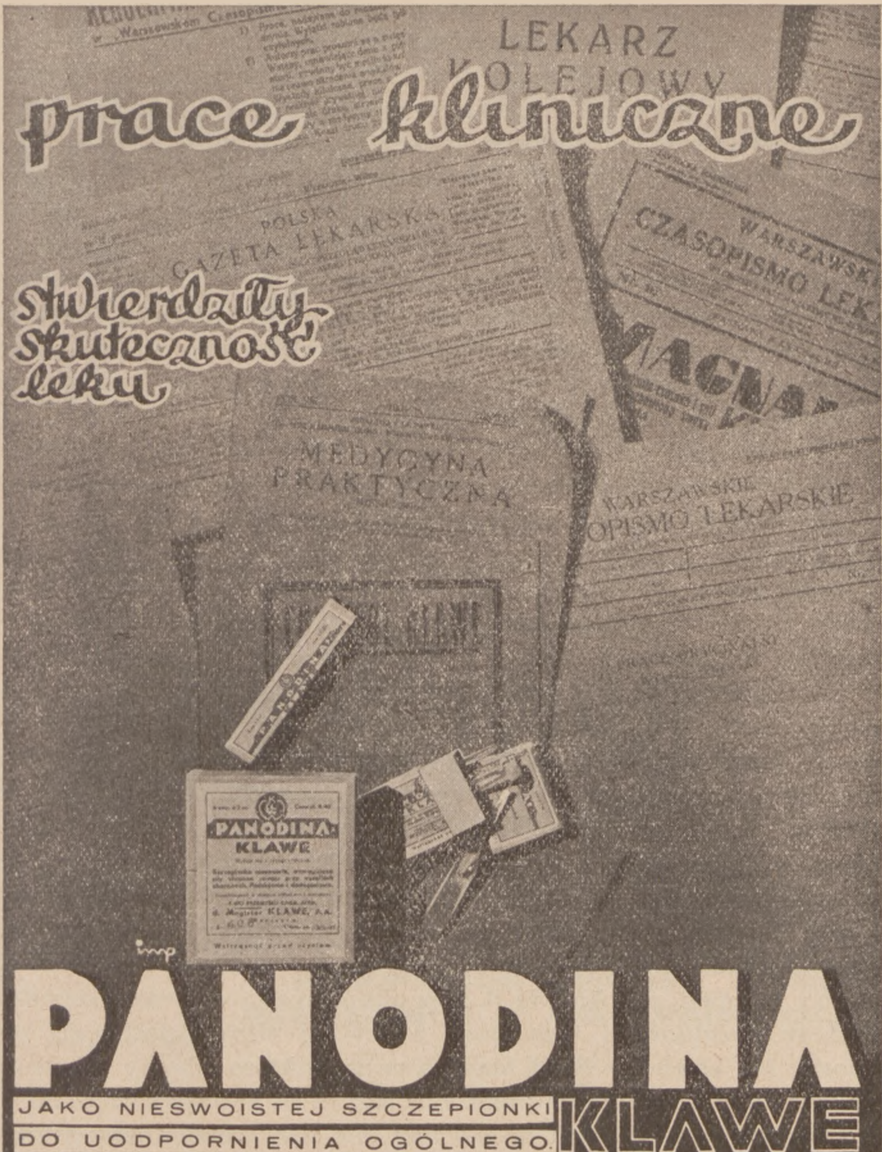
Znane są bardzo liczne przypadki, gdy występują tylko niektóre z wyżej wymienionych objawów. Stwierdza się wówczas wprawdzie wole, lecz brak wytrzeszczu. Jedynie pewien blask oczu może być wówczas objawem zatrucia ustroju wydzieliną tarczycy (thyreotoxicosis). Chorzy w przypadkach takich skarżą się na wychudnięcie, łatwe męczenie się, kołatanie serca i zmniejszoną zdolność do pracy. Powyższe pozorne przypadki choroby Basedow'a obejmujemy nazwą „Basedowoid" (formes frustes).

Istnieją również przypadki, gdy stwierdza się guz tarczycowy wraz z obrazem ogólnego ciężkiego samozatrucia ustroju. Na czoło wysuwają się wówczas objawy ze strony serca. Wiele znamion choroby Basedow'a brak. Takie zespoły obejmujemy nazwą „adenoma toxicum". Ścisłe odgraniczenie „adenoma toxicum" od choroby Basedow'a jest niemożliwe. Nie należy nadto zapominać, iż istnieją również postaci pozornie „adenoma toxicum".

Powyższe 3 postaci możnaby ostatecznie sprowadzić do zasadniczych 2-ch odmian nadczynności tarczycy: 1) choroba Basedow'a z klasycznym zespołem objawów, 2) samozatrucie ustroju na tle wzmożonej czynności wydzielniczej tarczycy (thyreotoxicosis).

Głównemi postaciami niemiarowości, jakie napotykamy w przebiegu nadczynności tarczycy są skurcze dodatkowe i migotanie przedsionków. Bardzo ciekawą jest ta okoliczność, iż w przebiegu choroby Basedow'a skurcze dodatkowe są często zwiastunem migotania przedsionków. W podobnych przypadkach między skurczami dodatkowemi a migotaniem przedsionków istnieją stopnie pośrednie, co pozwala na głębsze poznanie rozwoju migotania przedsionków. Chcąc zrozumieć powyższe dane, należy zastanowić się nad podstawami współczesnej nauki o niemiarowości.

Punktem wyjścia dla współczesnej nauki o niemiarowości jest zagadnienie powstawania i przewodzenia podniet. Podniety, pobudzające mięsień sercowy tworzą się ustawicznie w miejscu, gdzie wielkie żyły wchodzą do prawego przedsionka. W miejscu ujścia wielkich żył znaj-


prace kliniczne
LEKARZ KOLEJOWY
POLSKA GAZETA LEKARSKA
WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEK
stwierdziły skuteczność leku
MEDYCYNA PRAKTYCZNA
WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
PANODINA KLAWE
PANODINA
JAKO NIESWOISTEJ SZCZEPIONKI
DO UODPORNIENIA OGÓLNEGO
KLAWE

dują się węzły zatokowe (węzły Keith-Flack'a). Podniety, które w tych węzłach powstają, szerzą się wzdłuż ścianek przedsionka. Przewodnictwo podniet odbywa się wzdłuż odnośnych włókien mięsnych. Powyżej granicy przegrody przedsionkowej i przegrody komorowej powyższe przewodzące włókna mięsne tworzą drugi węzeł (węzeł Aschoff-Tawar'y). Z węzła Aschoff-Tawar'y wychodzi pęczek Hiss'a który dzieli się na 2 ramiona dla 2-ch komór. Za pomocą pęczka Hiss'a przenosi się podnieta z przedsionków do komór. Niemiarowość może być następstwem 2-ch przyczyn: 1) powstają zaburzenia w tworzeniu się podniet, 2) zostaje zakłócone prawidłowe przewodnictwo podniet. Jeśli chodzi o zaburzenia w tworzeniu się podniet, to możliwem jest powstawanie podniet we właściwem miejscu czyli w węzłach zatokowych, lecz samo tworzenie się podniety jest nieprawidłowe. Następstwem nieprawidłowego tworzenia się podniet we właściwem miejscu jest niemiarowość zatokowa. Jeżeli powstają nieprawidłowe podniety w obrębie samego mięśnia sercowego, wówczas wytwarzają się skurcze dodatkowe (extrasystole). Dokładne poznanie różnych rodzajów niemiarowości stało się możliwe po wprowadzeniu do kliniki elektrokardjografji. Skurcze dodatkowe powstają wówczas, gdy do prawidłowych podniet, idących z węzłów zatokowych zostają wtrącone podniety dodatkowe i nieprawidłowe, które tworzą się w różnych miejscach w obrębie mięśnia sercowego. Skurcze dodatkowe mogą być pochodzenia przedsionkowego, przedsionkowo-komorowego i komorowego. Skurcze dodatkowe przedsionkowe są uwarunkowane przez powstawanie dodatkowych podniet w obrębie warstwy mięsnej przedsionków. Skurcze dodatkowe przedsionkowo-komorowe powstają ,gdy podnieta dodatkowa pochodzi z węzła Aschoff-Tawar'y. Wreszcie skurcze dodatkowe komorowe są zależne od dodatkowych podniet, powstałych w obrębie mięśnia komór. Po skurczu dodatkowym zazwyczaj wypada najbliższy skurcz prawidłowy serca, gdyż po skurczu dodatkowym prawidłowa podnieta, idąca z węzłów zatokowych nie działa na mięsień z powodu okresu refrakcyjnego tegoż mięśnia. EKG. pozwala stwierdzić miejsca powstawania nieprawidłowych podniet do skurczów dodatkowych. W przypadkach skurczów dodatkowych komorowych stwierdza się dodatkowy załamek, podobny do R, lecz nie poprzedzony przez załamek P. Skurczom dodatkowym towarzyszą zazwyczaj różne dolegliwości podmiotowe, jak kołatanie, ból i przykre uczucie, które chorzy odczuwają jako ustanie czynności serca przez chwilkę. Jeżeli następuje zupełnie nieprawidłowa czynność serca, nazywamy ten stan niemiarowością zupełną lub migotaniem przedsionków. Występują wówczas częste drobne skurcze przedsionków, dochodzące do 200 na minutę lub więcej. Jeżeli ilość skurczów przedsionków jest poniżej 200 na minutę, mówimy wówczas o trzepotaniu przedsionków.

W przypadkach migotania przedsionków komory odpowiadają skur-



Nr. Rej. 1427.

Złożone pastylki węglowe zawierające:

Carbo animalis
Sulfur depurat.
Folia Sennae
Ol. Menthae pip.
Ol. Foeniculi

Niezastąpiony środek w zaburzeniach trawienia i we wszelkiego rodzaju przewlekłych schorzeniach jelit, dezynfekujący przewód pokarmowy i zarazem lekko przeczyszczający.

Leciferrina

Ovolecithina z żelazem w płynie.

Skuteczny środek

w osłabieniach, błednicy, anemji, neurastenji i w rekonwalescencji.

Nr. rejestru 1520.

Flakon 1/1 ca. 500,0 Zł. 5.—
„ 1/2 „ 250,0 „ 3.—

Próby oraz literaturę na żądanie WWPP. Lekarzy wysyła:

„WITAMINA" Sp. Akc.

Warszawa, ul. Okopowa 21-23

czem w pewnych odstępach czasu tylko na niektóre podniety, dochodzące z przedsionków. Nadto w przypadkach takich komory kurczą się również zupełnie niezależnie od podniet, idących z przedsionków. Wskutek istnienia powyższych dwóch zródeł podniet pozostaje zupełnie nieprawidłowa czynność serca. Ilość skurczów komór wynosi około 100 — 140 na minutę. EKG w przypadkach migotania komór wykazuje zupełny brak załamka P, lub w miejscu załamka P znajdują się liczne zazębienia. Zespół komorowy jest również nieprawidłowy. W przypadkach niemiarowości zupełnej tętno niekiedy może być prawidłowe. Istnieją wówczas t. zw. skurcze daremne serca, które nie dochodzą do obwodu. Jeżeli pobudliwość węzłów zatokowych jest wzmożona, wówczas z łatwością może wystąpić częstoskurcz (tachycardia). Częstoskurcz może przebiegać bez niemiarowości. Ilość uderzeń na minutę może dojść do 160 — 240.

Powyżej opisane objawy ze strony serca mają doniosłe znaczenie przy schorzeniach tarczycy. Niema takiego zaburzenia wydzielania wewnętrznego, któreby pociągnęło za sobą tak daleko idące zmiany rytmu sercowego, jak choroba Basedow'a. Zwłaszcza częstoskurcz jest znany wszystkim lekarzom, jako podstawowy objaw choroby Basedow'a.

W przebiegu ciężkiej thyreotoksykozy mogą wystąpić 2 rodzaje niemiarowości: 1) skurcze dodatkowe, 2) migotanie przedsionków z zupełnie niemiarową czynnością komór. Przy skurczach dodatkowych należy odróżnić 2 odmiany w zależności od tego, gdzie jest punkt wyjścia dla dodatkowych podniet. Zgodnie z tem odróżniamy skurcze dodatkowe komorowe i skurcze dodatkowe przedsionkowe. Przez zwykłe wysłuchiwanie niepodobna odróżnić postaci przedsionkowej od postaci komorowej. Rozstrzyga w przypadkach takich badanie elektrokardjograficzne. Skurcze dodatkowe w przebiegu choroby Basedow'a lub thyreotoxikozy są zjawiskiem stosunkowo rzadkiem. Na ogólną ilość odnośnych przypadków stanowią chorzy ze skurczami dodatkowemi około 4%.

Zazwyczaj chory dotkliwie odczuwają skurcze dodatkowe. Znane są skargi chorych, którzy twierdzą, „iż serce przez chwilę się zatrzymało". Zwłaszcza dolegliwości, spowodowane przez skurcze dodatkowe dają się we znaki przed udaniem się na spoczynek. Owa wrażliwość chorych tłumaczy się wzmożoną pobudliwością układu nerwowego w przypadkach choroby Basedow'a. Na szczególną uwagę zasługują skurcze dodatkowe przedsionkowe w przebiegu choroby Basedow'a. Bardzo często są one zwiastunem migotania przedsionków. Niekiedy udaje się prześledzić przejście od częstoskurczu poprzez skurcze dodatkowe przedsionkowe do migotania przedsionków. Z powyższego wynika, iż wystąpienie skurczów dodatkowych przedsionkowych w przebiegu thyreotoksykozy jest zwiastunem migotania przedsionków.

Najczęstszem zaburzeniem w przebiegu choroby Basedow'a i thyreotoksykozy, jest migotanie przedsionków, któremu towarzyszy zupełna

niemiarowa czynność komór. Powyższe schorzenie serca dawniej nazywano „delirium cordis“, obecnie nosi ono nazwę niemiarowości zupełnej. Niemiarowość zupełna często występuje jako następstwo wad zastawki dwudzielnej, zaś u ludzi starszych wskutek zmian miażdżycowych w obrębie naczyń wieńcowych. Dotychczas mało zwracano uwagi na tę okoliczność, iż niemiarowość zupełna jest częstym objawiem thyreotoksykozy. Często stwierdza się u starszych ludzi nieprawidłową czynność serca, nadto wychudnięcie i skłonność do pocenia się. Innych objawów choroby Basedow'a brak Przy dalszem zbieraniu wywiadu stwierdza się, iż chory miewa łatwe i częste wypróżnienia. W powyższych przypadkach badanie przemiany podstawowej wskazuje na znaczne wzmożenie. Są to thyreotoksykozy, które wywołują migotanie komór.

Niemiarowość zupełna występuje zazwyczaj w 14% wszystkich przypadków choroby Basedow'a. Nie zawsze da się stwierdzić klasyczny zespół objawów choroby Basedow'a.

Niekiedy skurcze dodatkowe skupione mogą przejść w częstoskurcz napadowy. Nadto skurcze dodatkowe przedsionkowe przeobrażają się czasem w trzepotanie przedsionków, przechodzące ostatecznie w migotanie.

Obok zaburzeń czynności serca stwierdza się wybitne wzmożenie przemiany podstawowej, znamienne powiększenie amplitudy ciśnienia, skłonność do potów, biegunki i nerwowość. W niektórych przypadkach bark wytrzeszczu oraz wyczuwalnego wola. Jeżeli występuje wówczas niemiarowość zupełna, to przeważnie ta postać, która przebiega z szybką akcją serca. Ilość skurczów dochodzi do 190 na minutę. Chory nie zawsze odczuwa tę nieprawidłową czynność serca. Jednak zawsze skarży się na kołatanie serca.

Niemiarowość zupełna może być przy chorobie Basedow'a stanem trwałym, lub występować może napadowo. W okresie między napadami niemiarowości zupełnej stwierdza się przyśpieszenie czynności serca oraz skurcze dodatkowe pochodzenia przedsionkowego. Wystąpienie napadu migotania przedsionków pociąga za sobą pogorszenie stanu ogólnego. Wzrasta nerwowe podniecenie chorego, chory zaczyna się bardzo pocić, wzmaga się wytrzeszcz oraz zjawiają się biegunki. Czynność serca jest w wybitnym stopniu niespokojna. Podobny napad jest niekiedy groźnym. Rozpoczyna się zazwyczaj nagle i szybko ustępuje. Powyższe napady noszą nazwę napadowego migotania przedsionków (paroxysmales Vorhofflimmern).

Napadowe migotanie przedsionków należy ściśle odróżnić od napadowego częstoskurczu, przy którym czynność serca jest miarowa.

Zazwyczaj z napadowego migotania przedsionków rozwija się migotanie przedsionków stałe. Często migotanie przedsionków z zupełnie

niemiarową czynnością komór występuje u ludzi starszych. Ludzie starsi, dotknięci chorobą Basedow'a są szczególnie skłonni do migotania przedsionków.

Prawdopodobnie dlatego, że serce osobników młodszych lepiej może się przystosować do nadmiernych zadań. Nie należy zapominać, iż u ludzi starszych bardzo często występuje miażdżyca tętnic wieńcowych, co powoduje gorsze ukrwienie mięśnia sercowego, a tem samem zmniejsza sprawność serca. Przyśpieszenie czynności serca łączy się zwykle z przekrwieniem w obrębie tętnic wieńcowych. Jeżeli owe przekrwienie jest utrudnione z powodu miażdżycy, wówczas w przypadkach częstoskurczu łatwo dochodzi do migotania przedsionków. Skurcze dodatkowe i migotanie przedsionków są wyrazem nadmiernej czynności ruchowej serca. Według Wenckebach'a wskazanem jest w podobnych przypadkach stosowanie chininy lub chinidyny. Niekiedy powyższe środki usuwają skurcze dodatkowe i migotanie przedsionków. Pomyślne wyniki jednak osiąga się przeważnie przy niemiarowości innego pochodzenia. Jeżeli zaś tłem niemiarowości jest thyreotoksykoza wówczas leczenie chininą jest wielce utrudnione. To samo dotyczy naparstnicy.

Samozatrucie ustroju wydzieliną tarczycy przeszkadza leczniczemu działaniu odnośnych środków. Leczenie skuteczne winno zmierzać do usunięcia nadmiaru wydzieliny tarczycy z ustroju. Leczenie zaburzeń rytmu sercowego wymaga usunięcia cierpienia podstawowego. Leczenie zaś samego serca jest na II-im planie.

W powyższym celu stosuje się jod w małych dawkach. Używa się zazwyczaj płynu Lugol'a. Leczenia jodem nie można stosować w praktyce ogólnej. Jod jest mieczem obosiecznym. Przy niedość starannej kontroli może nastąpić pogorszenie, które trudno poddaje się leczeniu.

Według obecnych poglądów leczenie jodem jest wskazane wówczas, gdy zamierzamy chorego poddać operacji na szczycie działania kuracji jodowej.

Często leczenie jodem sprowadza poprawę ogólnych objawów choroby Basedow'a, a wraz z tem ustąpienie skurczów dodatkowych. Migotanie przedsionków również może ustąpić w następstwie leczenia jodem. Wskazanem jest podczas podawania jodu stosować chinidynę. 3 razy dziennie po 0,2 chinidini sulf. Chinidynę stosuje się poczynając od 3-go dnia kuracji jodowej. Leczenie kombinowane za pomocą jodu i chinidyny bardzo często usuwa zaburzenia rytmu sercowego. Chinidynę z jodem można stosować również po operacji. Powyższe środki można łączyć w okresie przedoperacyjnym z naparstnicą. 3 razy dziennie po 0,05 — 0,1. Jeżeli nie udaje się całkowicie usunąć niemiarowości zupełnej, to często można przynajmniej zmienić tę niemiarowość w sensie jej zwolnienia.

W większości przypadków niemiarowość leczona w powyższy spo-

sób ustępuje. Jeżeli jednak niemiarowość trwa nadal, to nie jest to przeciwskazaniem do zabiegu. Niemiarowość zupełna o szybkości zwolnionej bynajmniej nie świadczy o niedomodze krążenia. Natomiast jeżeli istnieją objawy zastoju, wówczas zabieg jest przeciwskazany. Dopiero po ustąpieniu objawów niedomogi krążenia jest zabieg operacyjny dozwolony. Wycięcie tarczycy, wykonane zgodnie z ustalonemi zasadami, usuwa objawy samozatrucia ustroju, a temsamem ustępuje migotanie przedsionków. Wówczas dopiero można stosować odnośne środki lecznicze, jeżeli po zabiegu utrzymuje się migotanie przedsionków. Leczenie chinidyną po zabiegu winno trwać 3 tygodnie. W pierwszym tygodniu należy podawać chinidynę 3 razy dziennie po 0,2, w drugim 2 razy dziennie po 0,2, w trzecim 1 raz dziennie po 0,2. Skurcze dodatkowe zazwyczaj ustępują już podczas leczenia przedoperacyjnego. Po zabiegu skurcze dodatkowe łatwo dają się usunąć za pomocą chinidyny. Należy uwzględnić tę okoliczność, iż często skurcze dodatkowe mogą być niezależne od thyreotoksykozy.

Jest rzeczą znaną, iż po wycięciu tarczycy niekiedy odnawiają się objawy choroby Basedow'a. Jest to t. zw. odczyn pooperacyjny. W przypadkach takich może wystąpić częstoskurcz lub migotanie przedsionków. Zazwyczaj powyższe objawy szybko mijają. Przy dłuższem trwaniu odczynu pooperacyjnego można stosować chinidynę w połączeniu z jodem.

Z powyższych danych wynika, iż zaburzenia rytmu sercowego stanowią wdzięczną dziedzinę dla leczenia sercowego. W przypadkach takich chodzi przedewszystkiem o usunięcie samozatrucia ustroju. Wówczas znikają również zaburzenia rytmu sercowego, lub też możliwem staje się skuteczne ich leczenie.

Wreszcie należy wspomnieć o innych metodach leczniczych. Jeśli chodzi o naświetlania rentgenowskie, to należy zaznaczyć, iż przy tej metodzie leczniczej zaburzenia rytmu sercowego się wzmagają. Wówczas trzeba wiele miesięcy, aby owe pogorszenie naprawić. To samo można powiedzieć o leczeniu radem, leczeniu klimatycznem i leczeniu wypoczynkowem. Wszystkie te metody zawierają to niebezpieczeństwo, iż w międzyczasie mogą powstać trwałe uszkodzenia serca, które bardzo trudno później leczyć. Tymczasem leczenie operacyjne, poprzedzone przez właściwe postępowanie przedoperacyjne nie jest połączone z niebezpieczeństwem. Najwyżej można stosować naświetlania rentgenowskie przez 3 miesiące. Jeżeli po tym okresie niema poprawy, zabieg operacyjny jest nieunikniony.

Wprawdzie są sposoby leczenia zachowawczego zaburzeń thyreotoksycznych serca, jednak najlepszą i najpewniejszą metodą jest stosowny zabieg chirurgiczny. Zabieg w połączeniu z należytem postępowaniem jest najskuteczniejszą metodą usunięcia niemiarowości na tle thyreotoksykozy.

Streszczenie.

W przebiegu nadczynności tarczycy mogą wystąpić skurcze dodatkowe lub migotanie przedsionków. Niekiedy częstoskurcz zamienia się na skurcze dodatkowe przedsionkowe, które w dalszym rozwoju przechodzą w migotanie przedsionków. Stałe migotanie przedsionków występuje często po dłuższem trwaniu napadowego migotania przedsionków. Leczenie zachowawcze powyższych zaburzeń często zawodzi. Najskuteczniejsze jest leczenie operacyjne, poprzedzone podawaniem małych dawek jodu. W okresie przedoperacyjnym wskazanem jest nadto podawanie chinidyny i naparstnicy, które można stosować również po zabiegu.

Podał Dr. JÓZEF CHANARIN (Warszawa).

WYROSTEK ROBACZKOWY W OBRAZIE RENTGENOWSKIM.

Do roku 1911 przyjmowano, że wyrostek robaczkowy w obrazie rentgenologicznym nie jest widoczny, gdyż normalnie nie wypełnia się masą kontrastową. Od czasu do czasu opisywano w literaturze pojedyncze przypadki wypełniania się płynem kontrastowym wyrostka. To nasunęło przypuszczenie, że normalny wyrostek robaczkowy nie wypełnia się masą kontrastową, że wypełnienie jego wskazuje na zmiany patologiczne.

Postęp techniki rentgenologicznej oraz nowe sposoby badania dały możność w blisko 70% przypadków otrzymać na rentgenogramie zarówno normalny wyrostek robaczkowy, jak i schorzały. Duża ilość tych obrazów sprawdzona została drogą operacyjną i wyjaśniła nam, jak należy odczytywać zdjęcia rentgenologiczne wyrostka oraz czego trzeba szukać przy badaniu rentgenologicznem wyrostka robaczkowego. I tylko przy badaniu rentgenologicznem per enemam do dziś dnia pozostał pogląd, że wypełnienie się wyrostka robaczkowego, t. zw. niedomogą zastawki Gerlacha, jest objawem predyspozycji do schorzenia jego. Jak już zaznaczyłem, podług niektórych autorów w 60 — 70% przypadków badania doustnego otrzymujemy obraz wyrostka robaczkowego. W 30 — 40% żadnymi sposobami nie daje się otrzymać obrazu wyrostka robaczkowego. Jak traktować takie negatywne przypadki? Czy to jest zjawisko normalne, czy też patologiczne i, o ile patologiczne, czy jest ono patognomoniczne dla klinicznego obrazu schorzenia wyrostka robaczkowego. Zasadniczo ta sprawa do dziś dnia jeszcze nie została całkowicie wyjaśniona, i tylko w obecności innych jeszcze objawów dodatkowych rentgenologicznych ze

strony układu pokarmowego, możemy twierdzić, że mamy do czynienia z wyrostkiem normalnym, patologicznym lub z predyspozycją układu anatomo- fizjologicznego wyrostka do schorzeń.

Do tych objawów rentgenologicznych zaliczamy:

1) Zaleganie masy kontrastowej w jelicie biodrowem powyżej 12 — 15 godz. .przy normalnej czynności odpróżniającej żołądka. (do 6 godz.).

2) Bolesność uciskowa kątnicy.

3) Zmniejszona przesuwalność lub nawet brak przesuwalności kątnicy przy ucisku ręcznym, palpatorem pod ekranem, lub przy zmianach położenia. Objawami predyspozycji wyrostka robaczkowego do schorzeń są:

4) Coecum mobile,

5) Coecoptosis,

6) Coecostasis (zaleganie masy kontrastowej w kątnicy przy opróżnieniu reszty jelita). Do tych ostatnich objawów jeszcze powrócimy.

Dotychczas omawiany brak wypełniania się wyrostka robaczkowego masą kontrastową jest kwestją sporną która nie da się ustalić dopóty, dopóki nie będzie wypaśniona fizjologja czynności ruchowej wyrostka.

Niektórzy są zdania, że wyrostek robaczkowy powinien wypełniać się i opróżniać jednocześnie z wypełnianiem i opróżnianiem jelita grubego. Niewypełnienie się wyrostka robaczkowego należy tłumaczyć zaleganiem poprzednio spożytego pokarmu, jakiegoś obcego ciała, wydzieliną z powodu nieżytu jego śluzówki, bliznowatym zwężeniem jego ujścia lub też skurczem mięśniówki i t. d. i dlatego liczą, że brak pokarmu kontrastowego w wyrostku jest już zjawiskiem patologicznym. Natomiast inni twierdzą, że brak wyrostka robaczkowego w obrazie rentgenologicznym może być objawem zarówno zdrowego, jak i chorego wyrostka, — w zależności od innych objawów obrazu rentgenologicznego jelit, gdyż uważają wyrostek robaczkowy za odmienny w swojej czynności w porównaniu z czynnością jelit.

Tak samo i wyrostek robaczkowy, otrzymywany w obrazie rentgenologicznym może być wyrostkiem zarówno zdrowym, jak i chorym, względnie mającym predyspozycję do zachorowań. Otóż w wyrostkach robaczkowych, otrzymywanych na rentgenogramach badamy 1) położenie wyrostka i jego stosunek do kątnicy, 2) jego przebieg, 3) kształt, długość, 4) zarysy, 5) przesuwalność wyrostka, 6) bolesność uciskowa wyrostka, 7) sposób wypełniania się a) na całym swoim przebiegu lub b) częściowo, 8) czas wypełniania się i opróżniania się wyrostka w związku z czasem wypełniania się i opróżniania się jelita grubego, 9) stosunek do innych sąsiednich narządów. Omówimy szczegółowo ten schemat.

Położenie wyrostka. Znane są wszystkim dane anatomiczne położenia wyrostka robaczkowego. Otóż na rentgenogramach oraz rentgenoskopjach daje się dokładnie to stwierdzić. Lecz nas będzie interesować tylko

ułożenie retrocoekalne lub antecoekalne, które już w tym swoim anatomicznym ułożeniu będzie pewną predyspozycją do jego schorzenia. Często takie wyrostki przy palpacji ekranowej nie dają się oddzielić od kątnicy, od jej tylnej, przedniej lub bocznej ściany, — co nasuwa nam podejrzenie na istnienie zrostów. *Przebieg, kształt, długość i zarysy.* Przebieg wyrostka, wypełnionego masą kontrastową, normalnie musi być równy o zaokrąglonym względnie zaostrzonym końcu. I tak spotykamy ślimakowato skręcony, załamany i niedający się wyprostować, — co będzie dowodzić, że mamy tu do czynienia ze zrostami okołowyrostkowemi. Wyrostek robaczkowy przewężony w swoim przebiegu w jednem lub kilku miejskach, ubytki cieniowe w jego przebiegu, wystrzępione brzegi lub strzępiaste zakończenie jego może występować w przypadkach zbliznowacenia śluzówki wyrostka robaczkowego, w stanie chronicznego nieżytu takowej, przy zaleganiu pokarmu spożytego przed spożyciem masy kontrastowej, przy upośledzeniu jego wydalania, przy obcych ciałach. jak resztki pokarmu, kamienie kałowe i t. p. Przy obserwacjach ekranowych daje się zauważyć, że wyrostek często zmienia położenie swego wolnego końca lub daje się ręką przesuwać ku górze lub ku dołowi wprawo i lewo. Jest to zjawisko fizjologiczne, — zarówno jak czasami i ruchy perystaltyczne. Brak przesuwalności mechanicznej (ucisk ręką, pelota) będzie nam nasuwał myśl o możliwości istnienia zrostów z okolicznymi narządami. Niekiedy taki wyrostek przy przesuwaniu napina się, jak struna. Dalej spotykamy czasami bardzo długie i bardzo krótkie wyrostki Zdaje się, że długie wyrostki mają większą predyspozycję do schorzenia w związku z większą powierzchnią śluzówki, większą ruchomością w jamie brzusznej i łatwiejszem przez to narażeniem na zakażenie per contagionem z innemi schorzałemi narządami jamy brzusznej. Wyrostek robaczkowy posiada samodzielne ruchy perystaltyczne i samodzielną przesuwalność w odróżnieniu od przemieszczenia jego wraz z przemieszczeniem kątnicy. Przy obserwacji ekranowej widzimy, jak wraz z kątnicą przesuwa się nietylko wolny koniec wyrostka, ale i jego początek, stanowiący jedną całość z kątnicą. Zwracamy dalej uwagę przy tych przesuwaniach wyrostka robaczkowego i kątnicy na jego bolesność uciskową. Jeżeli ta bolesność uciskowa wyraźnie lokalizuje się na wyrostku przy braku innej bolesności, możemy śmiało powiedzieć, że mamy do czynienia ze schorzałym wyrostkiem. Często mamy bolesność nietylko w wyrostku, lecz i w otoczeniu, tu już będą decydować i inne objawy oraz czy ta bolesność nie jest największą w okolicy wyrostka. Następnym objawem będzie sposób wypełniania się wyrostka robaczkowego. Często widzimy, że tylko jego początkowy odcinek jest wypełniony. Dalszy przebieg wyrostka niewidoczny, — wskazuje na zamknięcie względnie zwężenie światła wyrostka lub też na zaleganie spożytego pokarmu lub ciała obcego (pestka, kał, robaki i t. d.). Czasami wypełnia się tylko wolny koniec

wyrostka robaczkowego. Mówi to zatem, że ma się tu do czynienia z podrażnieniem początkowego odcinka, który stara się nie zatrzymywać pokarmu kontrastowego i przerzuca go dalej za pomocą mocnego skurczu mięśniówki. Co do czasu, kiedy zaczyna się wypełniać wyrostek robaczkowy, to odpowiada to czasowi wypełnienia się kątnicy 4 — 5 godz. po spożyciu pokarmu kontrastowego, — niekiedy zaczyna się wypełniać znacznie później 24 h. p. c., a niekiedy nawet po 2 — 3 dobach zalegania pokarmu kotrastowego w okrężnicy.

Musimy tu zaznaczyć, że jest to dość kłopotliwa techniczna rzecz określania czasu początkowego wypełnienia się, lecz zdaje mi się, że praktycznego znaczenia w djagnostyce rentgenologicznej nie posiada. Znacznie ważniejszą rolę odgrywa czas opróżniania się wyrostka robaczkowego. Tutaj możemy zaobserwować szereg kombinacji, a mianowicie wyrostek wypełniony jest już w 4 — 5 godzin po spożyciu pokarmu kontrastowego, lecz po 24 godz. opróżniony przy całkowitem jeszcze niekiedy wypełnieniu okrężnicy i kątnicy, czasami zalega długo nawet po całkowitym opróżnieniu przewodu pokarmowego, na przeciąg dwuch trzech dób, co już należy uważać za odchylenie od fizjologji. (opisywano przypadki zalegania miesięcznego). Na tym zaleganiu nawet jeden z autorów zbudował technikę badania i rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. Te przypadki, określone przez rentgenologa, jako appendostasis należy zawsze podejrzewać jako sprawę nieżytową wyrostka robaczkowego lub atonję jego mięśniówki, względnie jako zejście zapalnych (zbliznowacenie, zwężenie). Mamy tu do czynienia z upośledzeniem czynności opróżniania się wyrostka robaczkowego.

W ostatnich czasach dokonywa się badania śluzówki wyrostka robaczkowego, celem określenia stanu jej na podstawie przebiegu fałd śluzówki. Badania te są jeszcze w początku swego rozwoju. Dadzą one prawdopodobnie jeszcze precyzyjniejsze określenie zmian chorobowych śluzówki.

Dotychczas mówiliśmy o wyrostku robaczkowym jako takim bez uwzględnienia, jak się zachowują inne narządy jednocześnie i jaki jest ich stosunek do tych lub innych obrazów wyrostka robaczkowego. Często spotykamy wyraźnie widoczny zrost pomiędzy wyrostkiem robaczkowym, a cienkiem jelitem, esicą, kątnicą, poprzecznicą lub też innym organem jamy brzusznej (jajniki, otrzewna). Wtedy przy próbie przesuwania pod ekrąnem widzimy, że wyrostek napina się jak sznurek i nie daje się oddzielić od nich w żadnych pozycjach. Mówimy o tem, jak o periappendicularnych zrostach (to nie wyklucza, że jednocześnie mogą być i wyżej opisane zmiany w samym wyrostku). Jest to wyraźnie widoczny na obrazie stosunek wyrostka do otaczających narządów i prawie zawsze będzie identyczny z obrazem klinicznego appendicitu. Dość duże znaczenie ma w ocenianiu schorzenia wyrostka robaczkowego stan anatomiczny, topo-

graficzny i fizjologiczny kątnicy, krętnicy i wogóle całej okrężnicy. (na początku mówiłem o tem). Jest to przeszło 10-cio godzinne zaleganie w krętnicy przy normalnej czynności żołądka (6 godz.), które może powstać z powodu zrostów powstałych po przebytych zapaleniach wyrostka robaczkowego, zwężających światło krętnicy w ostatnich jej odcinkach. Jeżeli jeszcze jednocześnie stwierdzimy zmiany w samym wyrostku, potwierdzi to i schorzenie wyrostka i obecność zrostów. Zaleganie w krętnicy może być bez zrostów, jako objaw odruchowy chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowego. Musimy tu odróżnić jeszcze jeden stan anatomiczny krętnicy, t. zw. zagięcie Lane'go, gdzie ostatni odcinek krętnicy robi dość duże zagięcie ku górze za nim dochodzi do kątnicy i to podług autora ma być przyczyną zalegania masy kotrastowej.

Tak samo i zaleganie masy kontrastowej w kątnicy po opróżnieniu się okrężnicy od pokarmu kontrastowego, t. zw. coecostasis przy jednoczesnej bolesności uciskowej tej okolicy, ma powstawać jako skutek przebytego zapalenia wyrostka robaczkowego, z powodu zmian patologicznych w samej ścianie kątnicy, wywołanych stanem zapalnym lub też na tle odruchowem. Ma się rozumieć, trzeba wykluczyć schorzenia samej kątnicy jak gruźlicę, nowotwór, dur brzuszny, i t. zw. typhlitis i typhlatonia, pochodzenia niewyrostkowego. Upośledzenie przesuwalności kątnicy przy ucisku ręką, palpatorem, przy zmianie położenia (stojąca, leżąca, prawo-boczna, lewo-boczna pozycja) nasuwa nam myśl o istnieniu fixatio coeci — zrostów unieruchamiających ją. Są to niejako zejścia przebytego zapalenia wyrostka robaczkowego lub też t. zw. perityphlitis. Lecz istnieją stany kątnicy i okrężnicy, które wywołują pewną predyspozycję do schorzeń, do nich zaliczamy: Coecum mobile coecoptosis, coecostasis, atonia, obstipatio-spastica. Ruchoma znacznie kątnica, tak samo jak i bardzo długi wyrostek, przez swobodne przesuwanie się po jamie brzusznej, ma więcej szans do zakażenia się per contagionem ze schorzałemi narządami jamy brzusznej. (jajniki, nerki, pęcherz żółciowy, jelita i t. p.). Opadnięcie kątnicy poniżej spojenia łonowego, jak i wogóle opadnięcie kiszek bardzo często jest związane z dłuższem zaleganiem w nich pokarmu, co również wywołuje dłuższe zaleganie pokarmu w wyrostku, zaś wtórnie wywołuje zmiany nieżytowe jego śluzówki, a to jest już predyspozycją do schorzenia lub nawet samem schorzeniem. Niekiedy przy schorzeniach wyrostka robaczkowego widzimy zmiany w położeniu i funkcjonalnej czynności żołądka. Żołądek jest wtedy przemieszczony daleko wprawo i stwiedzamy również przytem czasami przeszło 6-cio godzinne zaleganie pokarmu kontrastowego bez uchwytnych cech organicznego jego schorzenia. Niekiedy spotykamy przerost śluzówki żołądkowej. Są to wszystko objawy zespołu żołądkowo-jelitowego, wywołanych prawdopodobnie drogą odruchu.

To są drogi, któremi kroczymy przy badaniu rentgenologicznem

wyrostka robaczkowego. Powstaje ważne dość zagadnienie — czy należy przeprowadzać badanie wyrostka robaczkowego rentgenologicznie, czy można się obejść bez niego i, otworzywszy brzuch, usunąć go. Bez wątpienia w każdym przypadku podejrzenia na chroniczne zapalenie wyrostka robaczkowego i przed każdą operacją usunięcia wyrostka robaczkowego, należy poprzednio zbadać rentgenologicznie, a to z następujących powodów: 1) celem wykluczenia innych zaburzeń żołądkowo-jelitowych, mogących dać obraz zapalenia wyrostka robaczkowego. Tu należą wady rozwojowe (choroba Hirschprunga, mega-megalosigma, megacoecum, sinistropositio coeci, choroba Payera) i inne sprawy zapalne okolicy kątnicy.

2) Celem wykluczenia zaburzeń pozażołądkowo-jelitowych (kamica nerkowa, guz jajnika (własna obserwacja) i t. d.

3) Dla potwierdzenia rozpoznania zapalenia wyrostka na zasadzie wyżej przytoczonych objawów.

4) Przed każdą operacją usunięcia wyrostka robaczkowego celem ustalenia,

a) położenia wyrostka i kątnicy,

b) stanu schorzenia wyrostka,

c) anomalji rozwojowych kątnicy i wyrostka.

Wyniki badania retngenologicznego można ująć w trzech następujących obrazach.

I tak: 1) jeżeli będziemy mieli w obrazie rentgenologicznym zmiany w samym wyrostku, da to nam już pewne pojęcie o stanie jego schorzenia.

2) Jeżeli oprócz tego spostrzeżemy jeszcze szereg zmian anatomicznych i fizjologicznych w krętnicy, kątnicy lub okrężnicy, potwierdzi to nam jeszcze więcej schorzenie wyrostka.

3) Niekiedy zmiany topograficzne okolicy kątnicy wyjawiają nam przyczynę schorzenia (sinistro positio coeci, coecum mobile i t. d.

4) Niekiedy zaś wykryjemy inne schorzenie jamy brzusznej, które wyklucza scho-zenie wyrostka robaczkowego.

5) Natomiast, przy braku wyrostka robaczkowego w obrazie rentgenologicznym, możemy tylko na zasadzie objawów bolesności przy radiopalpacji i istnieniu zmian w obrazie jelit, o których mówiłem, przypuszczać schorzenie wyrostka robaczkowego.

Czy każdy wypełniony lub niewypełniony wyrostek z temi lub innemi zmianami należy traktować jako wyrostek, który ma być usunięty operacyjnie i który można leczyć konserwatywnie, rentgenolog nie może orzec. Zdaje mi się, że i tu jest czasami przesada w operowaniu. Nieraz zdarza się słyszeć od chirurga, — usunęłem wyrostek lecz bez appendicitu. Przytoczę tu zdanie znanego francuskiego chirurga Dieulafoi'y, że w 40% appendectomia przeprowadza się bez korzyści dla chorego*).

*) Tegoż zdania jest i szereg polskich autorów jak: prof. Radliński, dr. Sokołowski, dr. Abramowicz.

Przecież dużo mamy przypadków, gdzie po usnięciu tak zw. chronicznego wyrostwa u chorego dolegliwości pozostają nadal bez zmian. Może być, że w niedalekiej przyszłości dokładniejsze jeszcze sposoby badań klinicznych, do których zaliczam i badanie promieniami rentgena oraz wogóle rozwój patologji i djagnostyki przewodu żołądkowo-kiszkowego, które jeszcze nie wypowiedziały swego ostatniego słowa, wyjaśnią tę sprawę.



Sinistropositio coeci.
Adhaesiones cum transvers.





Coecum mobile.
a). Kątnica znajduje się poniżej spojenia łonowego.
b). Pod mocnym uciskiem kątnica uniosła się powyżej grzebienia talerza biodrowego.

1) Wyrostek, załamany, przyrośnięty do krętnicy (nie daje się od niej oddzielić).
2) Ten sam wyr. rob. po wypróżnieniu krętnicy; strzępiaste zakończenie wyrostka.
3) W. r. ułożony retrocoecalne, przyrośnięty do podstawy kątnicy nierównomiernie wypełniony.
4) W. r. przyrośnięty do tylnej ściany kątnicy (po opróżnieniu kątnicy).
5) W. r. całkowicie wypełniony, zlekka zwężony w początkowym odcinku, biegnący poprzez krętnicę w kierunku prostnicy (jajnika?) napinający się jak sznurek przy ucisku. Poprzecznica opadnięta.
6) W. r. przyrośnięty do krętnicy, zwężony w wolnym odcinku, — fałdy śluzówki schodzą się w tym miejscu.
7) W. r. poprzekręcany, z ubytkami pokarmu kontrastowego, przyrośnięty do esicy, mało ruchomy.
8) Ten sam w. r. po opróżnieniu przewodu pokarmowego. Wyr. załamany. Zaleganie pokarmu kontrastowego w wyrostku i kątnicy.
9) Wyrostek przyrośnięty do wewnętrznej ściany kątnicy.



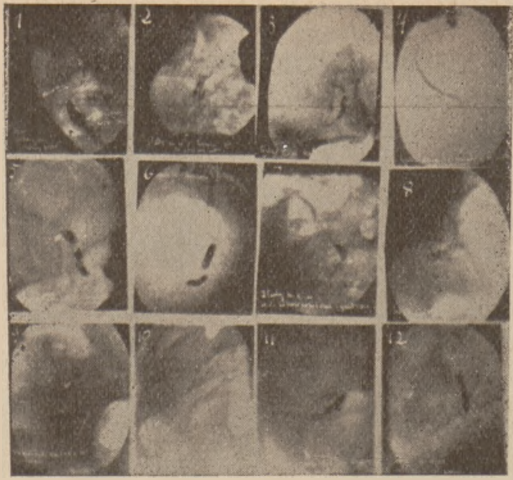
Stosunek w. r. do otaczających narządów.

10) W. r. nierównomiernie wypełniony, przyrośnięty wierzchołkiem do podstawy kątnicy.
11) W. r. skręcony, nierównomiernie wypełniony tasiemkowaty, przyrośnięty wierzchołkiem do kątnicy, znaczne poszerzenie krętnicy (zrosty).
12) W. r. ostro załamany w środkowej części, nie dający się wyprostować (I-szy zrost), liczne przewężenie i okrągłe ubytki (kamienie kałowe). Koniec również nie daje się przesunąć (II-gi zrost).

1) Krótki normalny w. r. Masa kontrastowa zalega w nim po wypróżnieniu.
2) Slimakowato skręcony normalny wyrostek, przylegający do wewnętrznej ściany kątnicy, dający się wyprostować całkowicie.
3) Normalny wyrostek z zaznaczonemi fałdami śluzówki.
4) Wyrostek robaczkowy wypełniony, z licznemi przerwami. Kątnica i wyrostek robaczkowy dają się unieść przy ucisku do poziomu III L. (coecum mobile).
5) Wyrostek robaczkowy mały, strzępiasto zakończony, widoczne są fałdy śluzówki schodzące i rozchodzące się.
6) Skręcony, załamany, z licznemi ubytkami, końcowy odcinek wypełniony częściowo powietrzem.
7) Zanik fałd śluzówki wyrostka robaczkowego i kątnicy. Koniec wyrostka robaczkowego strzępiasty.
8) Wypełniony tylko początkowy odcinek wyrostka robaczkowego zaokrąglony.
9) W. r. z licznemi okrągłemi ubytkami — kamienie w. r.
10) Kilkakrotnie załamany wyr. rob. Wierzchołek przylega do esicy.
11) Retrocoecalnie ułożony wyr., równomiernie wypełniony. Okrągły ubytek w obrębie wierzchołka (kamień). Wierzchołek ostro zakończony.
12) W. r. równomiernie wypełniony, załamany w górnej $^1/_3$. Kątnica i w. r. dobrze przesuwalne.



Wyrostek robaczkowy wraz z kątnicą po wypróżnieniu pokarmu kontr. Coeco-appendo stasis.



Appendostasis.
Zaleganie pokarmu kontrastowego
po całkowitym opróżnieniu przewodu
pokarmowego, w wyrostku robacz.

1) Długi podwójnie złożony w. r.
2) Niewielkie plamiste ślady pokarmu kontr. w wyrostku robaczkowym.
3) Liczne okrągłe ubytki—kamienie kałowe w wyrostku rob.
4) Bardzo długi i cieniutki wyrostek rob. — normalny.
5) Liczne ubytki i przewężenia w wyrostku robaczkowym.
6) Środkowa część i końcowa o słabym wypełnieniu pokarmem kontr. Reszta w. r. dobrze wypełniona.
7) Ślady masy kontrast. w w. r. o ułożeniu grudkowatym.
8) To samo i w. r. skręcony.
9) Kamienie w wyrostku robacz.
10) Okrągły ubytek cieniowy w wyrostku rob. — kamień.
11) Nierównomierne zaleganie pokarmu kontrastowego w wyrostku robaczkowym.
12) Ubytek i zwężenie.

PIŚMIENNICTWO.

Aschoff — Die Wurmforsatzentzündung. Jena 1908.

Abramowicz — Uwagi w sprawie patologji zapalenia w. r. i wskazania do zabiegów operacyjnych. P. Prz. Chir. I—10 zeszyt II—III,

Abramowicz — Patologja rzekomego zapalenia w. r. W. Cz. L. Nr. 51. 1933 r.

Abramowicz — Zapalenie w. r. Wskazania do zabiegu operacyjnego. Kw. kl. Szp. na Czyst. T. IX z. 3. 1930 r.

Cohn — Von gesunden und kranken Wurmforsat z. 10 Rontgenkongress.

Cohn — Der Wurmforsatz im Röntgenbilde. D.M.W. 1913 j. Nr. 13.

Cramer — Coecum mobile und chronische Appendicitis. M. m. W. 1912 j.

Frydman i Krotow — W sprawie utajonych postaci magacolon congenitum. Medycyna 1932, zeszyt 11, str. 233.

Frasser — *J. Lancet* — 110 przypadków obcych ciał wyrostka robaczkowego. Der Chirurg. 1928.

Fedder — Die Diagnose des chronischen Apenditicis im Röntgenbilde. Bruus Beitrage 1928 (145, 342).

Fischler — Uber Typhlatonie und Verwandte Zustände. M. m. W. 1911. Nr 23.

George und Gerber — Coecum Mobile und chronische Apenditicis. M. m. W. 1912. Nr. 12.

Groedel — Die Röntgendyagnostik patologischer Veränderungen der Ileocoecalgegend. 8 Rontgenkongress.

Groedel — Die Insuffizienz der Valvula ileocoecalis im Rontgenbilde. F. d. R. Bd. 20.

Groedel — Die rontgenologische Darstellung des processus Vermiformis. M. m. W. 1913. Nr. 14, 19.

Henschelman — F. d. R. Bd. 26. Appendixbilder.

Hurter — Zur Rontgendyagnose von Kotstejnen im proces. Vermiformis. Z. f. R. 1910. Nr. 2.
Hausman — Coecum mobile und Wanderblinddarme. D. M. W. 1910. Nr. 42.
Klublat — Appendixsteine im Rontgenbilde. M. m. W. 1920. Nr. 45.
Kohler — Processus vermiformis.
Larimore J. W. — Rentgenology of the appendix.
Maciejewski — O znaczeniu badania rentgenologicznego w przewlekłym zapaleniu w. r. W. Czas. Lek. Nr. 49. 1932.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

H. SCHLECHT. *Wskazania i przeciwwskazania do stosowania kąpieli kwasowęglowych w chorobach serca i naczyń.* (Ther. der Gegenw. Nr. 6, 1934).

O stosowaniu kąpieli kwasowęglowych w chorobach serca i naczyń decyduje w pierwszym rzędzie stopień wydolności mięśnia sercowego. W przypadkach niedomogi serca ze znaczną dusznością i zastoiną w narządach wewnętrznych kąpiel kwasowęglowa jest stanowczo przeciwwskazana, jedynie tylko w przypadkach z lekką niedomogą serca wskazane jest kierowanie chorych do miejscowości kąpielowych. Ostre zapalenia wsierdzia, sierdzia i osierdzia nie nadają się do leczenia kąpielowego, natomiast chorzy z wadami zastawkowemi w okresie niezbyt ciężkiego niewyrównania znakomicie poprawiają się pod wpływem kąpieli kwasowęglowych. To samo dotyczy zwyrodnienia mięśnia sercowego; przewlekłego zapalenia osierdzia; w przypadkach tych o ile zachowana jest jeszcze pewna wydolność mięśnia sercowego kąpiel kwasowęglowa zwiększa odpływ krwi żylnej, zmniejsza opory na obwodzie i zwiększa objętość wyrzutową serca. W razie istnienia objawów niedomogi należy przedewszystkiem doprowadzić do całkowitego wyrównania zapomocą naparstnicy lub strofantyny. Dawniej nadciśnienie zarówno samoistne jak i pochodzenia nerkowego stanowiło bezwzględne przeciwskazanie do stosowania kąpieli kwasowęglowych. Obecnie poglądy uległy zmianie i przy odpowiedniem stosowaniu kąpieli o niezbyt wysokiej ciepłocie przez krótki czas uzyskać można u nadciśnieniowców znaczną poprawę zarówno podmiotową jak i przedmiotową. W ciężkich przypadkach dławicy piersiowej, w miażdżycy naczyń mózgowych, przy zabiegach w obrębie układu żylnego, kąpiele są bezwzględnie przeciwwskazane. W lekkich przypadkach dławicy piersiowej zwłaszcza pochodzenia naczynioruchowego kąpiele ostrożnie stosowane są znakomicie znoszone przez chorych. Nerwica serca oraz choroba Basedow'a stanowią wdzięczny teren do stosowania kąpieli, należy tu jednak stosować wodę o niższej ciepłocie

——:o:——

H. KUTSCHERA - MICHBERGEN. *O leczeniu zapaleń wsierdzia.* (W. Kl. W. Nr. 24, 1934).

Przy gośćcowem zapaleniu wsierdzia wchodzi w grę zapobieganie przyczynowe, gdyż z chwilą wyraźnego ujawnienia się sprawy chorobowej leczenie niemal zawsze zawodzi. Zapobieganie polega na energicznem podawaniu przetworów salicylowych. Danielopolu stosuje do 25 gr. salicylanu sodu dziennie i uważa, że ta metoda może zapobiec rozwojowi sprawy gośćcowej w obrębie wsierdzia, niestety jednak pacjenci naogół fatalnie znoszą tak duże dawki. Aspiryna, diplosal, salipyrina nie wykazują lepszego działania od salicylanu sodu. Przy zaburzeniach żołądkowych podaje się salicyl doodbytniczo 2 razy dziennie po 50 cm^3 6% roztworu w lawatywie. Ostatnio niektórzy autorzy polecają dożylnie chlorek manganu; czy chodzi tu o działanie przyczynowe jest dotąd sprawą niewyjaśnioną. W zapaleniu wsierdzia septycznem, oddawna już dążono do chirurgicznego usuwania pierwotnego czynnika. Doświadczenie jednakże poucza, że częstokroć interwencja chirurgiczna zwłaszcza w powstaniu zapalenia wsierdzia pogarsza znacznie stan chorych. Usuwanie śledziony w zap. wsierdzia również nie prowadzi do celu, gdyż chorzy giną zwykle w krótkim czasie po dokonanym zabiegu. W tych przypadkach, w których nie można ustalić siedliska ogniska pierwotnego, leczenie ogranicza się do chemoterapji, które nader rzadko daje dodatnie wyniki. Immunoterapja obejmuje leczenie surowicami i stosowanie przetaczania krwi. Chemoterapja nie całkowicie zawiodła pokładane w niej nadzieje, mimo to jednak zarówno w gośćcowem jak i septycznem zapal. wsierdzia jest jeszcze dotąd często stosowaną. Wchodzą tu w grę preparaty srebrowe jak elektrargol, kollargol, dalej trypaflawina w 1% roztworze, wreszcie argoflawina, argochrom. i t. d. Z tego zestawienia wynika, że leczenie przyczynowe jest niemal zawsze skazane na niepowodzenie, przyczem bardzo często przynosi ono choremu szkodę. Leczenie objawowe ma na celu usunięcie dolegliwości zależnych od trwania sprawy zakaźnej; stosuje się tu pyramidon do 2 gr. dziennie, środki nasenne a nawet narkotyczne. W razie wystąpienia za-

burzeń w krążeniu należy je zwalczać w ten sam sposób, jak przy niedomodze serca innego pochodzenia.

——:o:——

A. FRAENKEL i R. THANER. *O leczeniu strofantyną* (Kl. Woch. Nr. 17, 1934).

Autorzy od 5 lat we wszystkich przypadkach, wymagających podawania naparstnicy stosują wstrzykiwanie dożylne strofantyny. We wszystkich przyp. niedomogi serca od najlżejszych do najgorszych strofantyna ujawniała swe dodatnie działanie, podczas gdy naparstnica często zawodzi tam, gdzie strofantyna może jeszcze znacznie poprawić stan krążenia. Swoistych różnic w działaniu strofantyny i naparstnicy na kurczliwość i przewodnictwo autorzy nie spostrzegli. Przy ostrej niedomodze serca zwłaszcza w dychawicy sercowej u nadciśnieniowców pierwsza dawka wynosi 0,5 —0,75 mg., przyczem 0,75 mg. podaje się nieodrazu, lecz najpierw 0,5 mg. a po 6 godzinach resztę. Przeciętna dawka początkowa wynosi 0,3 mg; w miażdżycy naczyń wieńcowych i przy zwężeniu lewego ujścia żylnego należy dawkę obniżvć do 0,2 — 0,25 mg. W ciągu kilku następnych dni stosuje się po 0,3 — 0,5 mg strofantyny; w miarę ujawniającej się poprawy należy stopniowo wydłużać przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami

——:o:——

O. KANDERS. *O leczeniu gorączką chorób układu nerwowego.* (W. Kl. Woch. Nr. 21, 1934).

Metoda lecznicza, polegająca na wywoływaniu podwyższonej ciepłoty stosowana jest niemal we wszystkich schorzeniach układu nerwowego za wyjątkiem chorób dziedzicznych i zwyrodnieniowych. W artykule swym autor omawia jednak tylko schorzenia najważniejsze dla lekarza—praktyka, mianowicie wiąd rdzenia, stwardnienie wieloogniskowe i paraliż postępowy. W stwardnieniu wieloogniskowem rozsianem stosowanie szczepionki tyfusowej a niekiedy nawet gronkowcowej powoduje długotrwałą remisję. Ostatnio Zingeile, Dreyfus i Mayer w licznych

przypadkach stwardnienia rozsianego stosowali z dobrym wynikiem zimnicę. Przy stawianiu wskazań do leczenia gorączką należy odróżnić przewlekle postępującą postać stwardnienia od postaci idącej rzutami, przyczem postać przewlekła daje naogół znacznie lepsze wyniki lecznicze. Wagner-Jauregg i Dreyfus kładą szczególny nacisk na wczesne leczenie stwardnienia w okresie początkowym, przestrzegają jednocześnie przed zbyt znacznemi skokami ciepłoty, wpływającemi ujemnie na objawy neurologiczne.

W ostatnich latach ukazały się liczne prace o leczeniu gorączką wiądu rdzenia. Hoff i Kanders w 40% przyp. otrzymywali znaczną poprawę, w licznych przyp. kryzy gastryczne i strzelające bóle wzdłuż kończyn dolnych znikały całkowicie. Niekiedy jednak po przebytem leczeniu występowały nawroty, wymagające ponownego stosowania zimnicy, przyczem w tych przypadkach wyniki uzyskane były znacznie gorsze. Przy współistnieniu zaniku nerwu wzrokowego należy unikać większych skoków ciepłoty. Najlepsze wyniki daje leczenie malarją w paraliżu postępowym. Ilość napadów zimnicy należy ograniczyć do ośmiu, dzięki czemu uniknąć można niepożądanych następstw zimnicy. Swoiste leczenie salwarsanem w dużych dawkach po przebytej kuracji malarją przyczynia się do szybszego zniknięcia odczynu WR w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jeżeli po okresie półrocznym od chwili przebytej kuracji zimnicą odczyn WR jest dodatni, nakazana jest ponowna kuracja malarją, przyczem na klinikach wiedeńskich stosuje się czwartaczkę ze względu na łagodny przebieg.

Dr. H. Zalcman.

——:o:——

OCENA.

OCENA ELBONU „CIBA".

(Ein Urteil über „Ciba" — Cinnamoyl-p-Oxyphenylharnstoff).

Dr. Ritter, dyrektor Sanatorjum Edmundstal koło Hamburga wypowiedział się na odczycie, wygłoszonym w czasie VII-go Zjazdu Zjedno-

czenia lekarzy zakładów płucnych w Hamburgu (por. też tom IV dodatek. „Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. str 299), o preparacie Elbon „Ciba“, jak następuje:

Dr. Ritter wywodził, że Elbon „Ciba“, jako związek chemiczny, zawierający kwas cynamonowy i para-aminofenol powinien być już ze stanowiska teoretycznego zalecanym środkiem leczniczym w walce z gruźlicą. Mówca stosował Elbon „Ciba“ w wielu przypadkach stale lub z przerwami. Nie zapomina on o tych wielkich trudnościach jakie uniemożliwiają, z różnych powodów, pewną ocenę leku przeciwgruźliczego, pochodzenia bądź chemicznego, bądź też bakterjologicznego, ponieważ, naprzykład, zmiany przedmiotowe w płucach u gruźlików występują przeważnie bardzo powoli i są dość ograniczone, ponieważ, dalej występująca pod wpływem leczenia zakładowego poprawa w samopoczuciu, przyrost na wadze i t. d. należy do zjawisk codziennych. W ten sposób według Rittera pozostaje zawsze tylko wpływ leków na długotrwałą gorączkę, jako najwidoczniejszy objaw ich działania, przyczem należy wziąć pod uwagę, że gorączka w pomyślnych przypadkach przeważnie szybko ustępuje pod działaniem leżenia w łóżku, hydroterapji, leżakowania i t. p. Z tego powodu według poglądów Rittera nadają się do prób z nowemi lekami właściwie tylko przypadki ciężkie i względnie niepomyślne.

W takich przypadkach z długotrwałą gorączką stosował Ritter przważnie Elbon „Ciba“ z wynikami zadowalającemi. Dr. Ritter zastrzega sobie szeczegółowe ogłoszenie swych spostrzeżeń.

Mówca w bardzo wielu przypadkach długotrwałej i uporczywej gorączki zauważył pewne i również trwałe działanie Elbonu „Ciba“, a na potwierdzenie tej opinji demonstrował kilka krzywych. Podawał 3—4 razy dziennie 1,0 gr. Elbonu zawsze po jedzeniu i bardzo rzadko spostrzegał nieznaczne zaburzenia żołądkowo-jelitowe. W wielu przypadkach natomiast Elbon wpływał nawet pomyślnie na czynność narządu trawienia.

Z wyżej wymienionych już względów Ritter nie odważa się twierdzić, czy rzeczywiście leczenie Elbonem wywarło korzystny wpływ na właściwe ognisko chorobowe, w każdym bądź razie zauważył on, że pod wpływem dłuższego podawania Elbonu nastąpiło w pojedyńczych przypadkach zmniejszenie się wydzieliny i kaszlu.

Ritter stoi na stanowisku, że niepodobna osiągnąć zupełnego „wyleczenia“ gruźlicy ani środkami chemicznemi ani bekterjologicznemi ani też odpornościowemi (nawet bardzo cenioną przezeń tuberkuliną),. Wyleczenie może uzyskać jedynie sam ustrój. Możemy ułatwić mu przytem walkę z wrogiem w ten sposób, że czynimy go odporniejszym, a prątki gruźlicy osłabiamy i unieszkodliwiamy. Do środków działających w ten sposób, należy podług oceny Rittera oprócz różnych pochodnych kre-

ozotu, bezsprzecznie Elbon „Ciba". Mówca uważa nawet Elbon „Ciba" za jeden z najdzielniejszych środków tej grupy i proponuje stosować go bez zastrzeżeń pod warunkiem, że nie będziemy żądali od niego działania przesadnego i niemożliwego.

Dr. Med. Fr. Sienicki.

——:o:——

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 1 sierpnia 1934 roku (Dz. U. R. P. Nr. 74/34)

wydane w porozumieniu z Ministrem Skarbu o opłatach za analizy, wykonane w Państwowym Zakładzie Higjeny.

Na podstawie art. 2 pkt. 13 zasadniczej ustawy sanitarnej z dnia 19-go lipca 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 63, poz. 371), § 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 86) art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (Dz. U. R. P. Nr. 52, poz. 493) i art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 12 lipca 1932 r. o wprowadzeniu nazwy „Minister Opieki Społecznej" i „Ministerstwo Opieki Społecznej" (Dz. U. R. P. Nr. 64, poz. 597) zarządza się co następuje:

§ 1. Za analizy, wykonywane w Państwowym Zakładzie Higjeny, ustanawia się ceny następujące:

Sprawdzenie tożsamości preparatów nieorganicznych od 3 do 5 zł.

Sprawdzenie czystości preparatów nieorganicznych według farmakopei od 5 do 10 zł.

Oznaczenie ilościowe nieorganicznych składników pojedyńczych, zależnie od rodzaju pracy od 5 do 15 zł.

Dla związków rzadkich, wymagających metod specjalnych, cenę ustala osobna instytucja badawcza.

Sprawdzanie makroskopowe i mikroskopowe surowców roślinnych niesproszkowanych od 3 do 5 zł.

Sprawdzanie tożsamości preparatów organicznych od 5 do 10 zł.

Sprawdzanie czystości preparatów organicznych od 5 do 25 zł.

Dochodzenie mikroskopowe składu surowców roślinnych z wyjątkiem substancyj sproszkowanych za każdą część składową — 5 zł.

Oznaczenie ilościowe preparatów organicznych za każde oznaczenie zależnie od rodzaju i sposobu od 5 do 25 zł.

Analiza elementarna związku organicznego (oznaczenie C, H, N) — 50 zł.

To samo w obecności chlorowców, siarki, rtęci i t. p. — 75 zł.

Oznaczenie alkaloidów (w ekstraktach, nalewkach i t. p.) od 10 do 40 zł.

Analiza olejów, olejków eterycznych od 25 do 50 zł.

Badanie farmakologiczne surowców roślinnych — 40 zł.

Dochodzenie zafałszowań w preparatach organicznych i nieorganicznych oblicza się na podstawie ilości dokonanych prób i oznaczeń.

Analiza specyfiku farmaceutycznego — 75 zł.

Gdy w skład specyfiku farmaceutycznego wchodzą więcej niż cztery części składowe, opłata zwiększa się od każdej części składowej ponad cztery o 10 zł.

Gdy niezbędne okaże się badanie biologiczne specyfiku, opłata zwiększa się o sumę od 30 do 100 zł.

(Kilka różnych środków zapachowych lub olejków eterycznych, dodawanych dla smaku lub zapachu, może być obliczone za jeden środek).

Analiza specyfiku farmaceutycznego przy badaniu, dokonywanem corocznie w myśl postanowień § 18 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. o wyrobie i obrocie specyfików farmaceutycznych (Dz. U. R. P Nr. 70, poz. 406) o 50% mniej.

Analizy wód mineralnych:

Analiza orjentacyjna ogólna, jakościowa i ilościowa zależnie od rodzaju wody oraz liczby składników od 100 do 3.000 zł.

Analiza pochodnej arsenobenzenu:

a) za serję, nie przenoszącą 1 kg. produktu — 50 zł.

b) przy serjach, przenoszących 1 kg. produktu, nie większych jednak od 3 kg. — 80 zł.

c) przy serjach powyżej 3 kg. — 120 zł.

Za materjały, zużyte do analizy i kontroli pochodnych arsenobenzenu, osobno od każdego kilograma po 20 zł.

(Części kilograma w tych przypadkach będą liczone za cały kilogram).

Analiza preparatu organoterapeutycznego, dokonywana przy wypuszczaniu nowych seryj preparatu w myśl § 9 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 10 czerwca 1932 r. i wyrobie i obrocie preparatów organoterapeutycznych (Dz. U. R P. Nr. 44, poz. 344) od 50 zł.

W razie konieczności dokonania badań biologicznych i farmakologicznych do 150 zł.

Analiza preparatu organoterapeutycznego, dokonywana w myśl § 13 wymienionego wyżej rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 10 czerwca 1932 r. o 50 zł. mniej.

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.